



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Laurell, Asa Cristina; Herrera Ronquillo, Joel
La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios
Salud Colectiva, vol. 6, núm. 2, mayo-agosto, 2010, pp. 137-148
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115020002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios

The Second Health Reform. Insurance and payer-provider split

Asa Cristina Laurell¹, Joel Herrera Ronquillo²

¹Médico-Cirujano. Doctora en Sociología. Consultora, Centro de Análisis y Estudios sobre Seguridad Social (CAESS), México.
laurell9998@gmail.com

²Licenciado en Economía. Consultor, Centro de Análisis y Estudios sobre Seguridad Social (CAESS), México.
joelherreraronquillo@gmail.com

RESUMEN El aseguramiento en salud es la propuesta de varios gobiernos latinoamericanos para lograr la cobertura universal en salud. Surge a raíz de la Segunda Reforma Social. Para conocer los resultados de los seguros de salud se analizan Chile, Colombia y México que tienen distintas formas y diversos tiempos de implantación. Se examinan los mismos aspectos para conocer si los seguros han cumplido sus objetivos.

Los seguros no han alcanzado cobertura universal poblacional y la cobertura médica está limitada. Persiste el acceso inequitativo y se tiende a una nueva pauta de inclusión-exclusión. La separación entre administración de fondos y prestación de servicios ha llevado a la mercantilización y ha creado nuevos actores económicos en el sector con acceso a los fondos públicos de salud. La administración de estos fondos tiene una creciente complejidad y aumento de los costos y pese a los incrementos en el presupuesto público de salud los costos sobrepasan los recursos. La lógica dominante del seguro es la económica y no la de satisfacción de necesidades de salud.

PALABRAS CLAVE Seguro de Salud; América Latina; Mercantilización; Reforma de la Atención de Salud; Política de Salud.

ABSTRACT Health insurance is proposed by several Latin American governments to reach universal health coverage. This is a part of the Second Social Reform. Chile, Colombia and Mexico, that have different models and times of implantation, are analyzed to know the results of health insurance implementation. The three examples are examined to know if they have reached their objectives.

Health insurance has not reached universal population coverage and the medical coverage is limited. Unequal access still persists and tends to a new pattern of inclusion-exclusion. The split between funds administration and service provision has led to the commodification of both and has created new economic actors with access to public health funds. The administration of these funds is increasingly complex and expensive. Despite the increase in public health expenditure costs exceed resources. The dominant logic of health insurance is economic and not the satisfaction of health needs.

KEY WORDS Insurance, Health; Latin America; Commodification; Health Care Reform; Health Policy.

INTRODUCCIÓN

Los fracasos sociales de la Reforma del Estado en los años '80 y '90 llevaron a los organismos financieros supranacionales a plantear una segunda reforma o Modernización del Estado para atenuar los problemas causados por la primera y recuperar la legitimidad cuestionada. En una interpretación inexacta se ha creído que la segunda reforma significa el reconocimiento de que el mercado no resuelve la "cuestión social" y, por ello, es necesario reintroducir al Estado como garante de los derechos sociales. Sin embargo, la lectura de los textos programáticos de esta reforma (1-4) aclara que esta no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa, o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. La reforma solo debe centrarse en lograr una mayor eficiencia del Estado, la cohesión social y la gobernabilidad.

Desde la publicación de *Invertir en Salud* (5) el enfoque dominante de la política de salud ha sido el económico y no el de satisfacer las necesidades de salud de la población. Esto no ha cambiado con la segunda reforma del Estado que empero llevó a una revisión crítica de aquel primer documento (6). Se reconoce ahora que la cobertura universal en salud es una exigencia de los ciudadanos a sus gobiernos, que debe ser resuelta para favorecer la cohesión social. Es en este contexto donde el aseguramiento emerge como el mecanismo preferente de financiamiento para lograrla y para reducir gastos catastróficos e incrementar la equidad, además con la finalidad de mejorar la calidad y oportunidad de los servicios, incrementar la eficiencia y eficacia, abatir la corrupción y contener los costos.

Este texto hace un análisis crítico del aseguramiento a fin de dilucidar en qué medida está cumpliendo estos objetivos. Concebimos al aseguramiento como un proceso que crea relaciones específicas internas en el sector salud y que transforma sus relaciones con otros procesos sociales, económicos y políticos. Es decir, nuestra premisa es que el aseguramiento es más que un procedimiento técnico-organizativo para

resolver algunos propósitos del sistema de salud. En el análisis se opta por un acercamiento que interroga a las políticas concretas sobre en qué medida el seguro ha conseguido sus propósitos explícitos y los de un sistema de salud. Se estudian asimismo la transformación que los distintos arreglos institucionales han provocado en los sistemas de salud y la nueva lógica de estos. Hemos elegido revisar los casos de Chile, Colombia y México dado que presentan aseguramientos diversos, arreglos institucionales distintos y tiempos de maduración diferentes.

CHILE. ASEGURAMIENTO PÚBLICO Y PRIVADO CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS

La trayectoria del aseguramiento en Chile tiene especial interés al ser el país donde se dio, en 1981, la primera reforma de salud mercantilizada y privatizadora; reforma que se presentó durante más de una década como un modelo a seguir en el resto de América Latina y en el mundo. Con el regreso a la democracia en ese país se inició una segunda reforma en el marco de la protección social. Chile tiene además como antecedente histórico importante el Servicio Nacional de Salud, de carácter público, que por su importancia y fortaleza organizaba el campo sanitario y prestaba los servicios de salud con infraestructura y personal propios en todo el territorio nacional (7).

El arreglo institucional del aseguramiento obligatorio consiste en dos instituciones paralelas de administración del fondo: la pública –Fondo Nacional de Salud (FONASA)– y las privadas –Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)– y sus respectivos prestadores de servicios. Esta organización data de la reforma pinochetista de la seguridad social que adscribió el papel protagónico al sector privado (8). La reforma neoliberal originaria creó y promovió el mercado y la libre competencia en salud. Sus medidas claves fueron: la inclusión de administradores privados de fondos en el aseguramiento obligatorio y público, la libre elección de asegurador y la separación entre la gestión del financiamiento y la prestación de servicios, abriendo el mercado de servicios a los privados. Simultáneamente se

eliminó la contribución patronal al seguro y quedó como único contribuyente el trabajador (7).

Las ISAPRE prácticamente no fueron reguladas y aprovecharon todos los mecanismos de mercado para incrementar sus ganancias, incluyendo la "selección adversa" de sus asegurados con el rechazo de personas de alto riesgo o baja capacidad de pago. Contaron además con varios subsidios estatales en dinero o mediante la atención pública de sus asegurados sin ninguna compensación (9). El FONASA, en cambio, tenía la obligación de asegurar y atender a todos, independientemente de sus características de salud, edad e ingresos.

Esta primera reforma estaba abiertamente encaminada a construir la salud como un ámbito de negocios privados. Condujo al establecimiento de un sector privado de aseguramiento y prestación de servicios económicamente floreciente que actualmente maneja cerca del 1,8% del Producto Interno Bruto (PIB). Consolidó un sistema altamente inequitativo de aseguramiento y atención donde el sector privado atendía al 25% de la población disponiendo del 40% de los recursos financieros en 2000 (10 p.60). Fomentó las instituciones privadas y debilitó las instituciones públicas como prestadores de servicios a pesar de ser estas las más importantes del país.

La estructura dual del aseguramiento no ha cambiado sustancialmente hasta el día de hoy y el sistema de salud sigue sujeto al mandato constitucional pinochetista sobre la subsidiaridad del Estado a la actividad privada. Sin embargo se ha creado una instancia fiscalizadora de los ISAPRE, la Superintendencia de Salud (11), con facultades de supervisión, control y sanción de las ISAPRE. Por otra parte, se ha instrumentado una política sistemática de fortalecimiento del sistema público e incremento del presupuesto público de salud. Durante los años recientes se ha adoptado la política de "protección social" en salud, entendida como la "equidad y oportunidad en el acceso, calidad y eficiencia en el uso de los recursos, y participación-cohesión social". Encarga al Estado la responsabilidad de lograr la cobertura universal, regular el aseguramiento y fortalecer la salud pública (10).

Después de treinta años de aseguramiento obligatorio, Chile no ha alcanzado una cobertura poblacional universal. El FONASA,

con sus dos modalidades de seguro –el obligatorio y el subsidiado de protección social–, cubre el 70% de la población, las ISAPRE el 16% bajo el régimen obligatorio, el 2,7% está cubierto por otras modalidades de aseguramiento y el 11,5% no está asegurado (10 p.60). En la actualidad se está fortaleciendo el seguro subsidiado, que tiene una reglamentación compleja y se articula en los programas sociales focalizados. Persisten obstáculos al acceso: de orden geográfico, por la distribución de la infraestructura de salud; de orden económico, por los copagos en la atención y el pago de los medicamentos; y de orden cultural.

La cobertura de atención solo es universal y gratuita en la Atención Primaria de Salud Municipal (APSM). A partir de 1999 se hizo además obligatorio para todas las instituciones de salud atender a las urgencias "reales" o sea, las que "impliquen riesgo vital y/o secuela funcional grave". La última innovación dentro de la cobertura médica es el Plan AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud) legislado en 2004. El AUGE define los "problemas de salud", lo que permite una atención integral en contraposición con los paquetes de "intervenciones" específicas que tienden a fracturar los procesos integrados de atención. Usa un método explícito, verificable y complejo para establecer prioridades, que incluye preferencias sociales y calidad de vida aparte de cálculos costo-beneficio. El AUGE establece plazos perentorios y obligatorios dentro de los cuales los aseguradores, públicos y privados, deben atender las patologías de garantía explícita en salud (GES) y subsidiar a aquellos asegurados en riesgo de incurrir en gastos catastróficos (10 p.51). Según el Ministerio de Salud las 56 patologías GES dan cuenta del 75% de la carga de enfermedad y el 50% de las hospitalizaciones. Señala además que el AUGE no debería excluir la atención del resto de los padecimientos pero está sujeta a tiempos de espera (10 p.53).

Las primeras evaluaciones institucionales demuestran que el AUGE ha reducido las listas y tiempos de espera y que se han incrementado las atenciones que anteriormente eran poco accesibles, particularmente para los asegurados subsidiados del FONASA. Sin embargo, a pesar de que las ISAPRE están obligadas a cubrir las patologías GES, solo prestaron el 5% del total de estas atenciones en 2008 (12). Esto confirma que

todavía persisten la selección adversa u otros mecanismos para evadir las nuevas responsabilidades.

Una limitación del AUGE, en cuanto al acceso equitativo, es que el paciente paga el 20% del costo del tratamiento y generalmente los medicamentos. Persiste pues un obstáculo económico al acceso. Este obstáculo es general para todos los seguros ya que, con excepción de la APSM, toda la atención y los medicamentos tienen un copago establecido sobre la base de las condiciones socioeconómicas de la persona, la modalidad del seguro y la institución tratante. Esto explica por qué sigue habiendo un gasto de bolsillo considerable del orden de 30% del gasto total en salud. Sin embargo, el gobierno se ufana de que el AUGE es sustentable porque el presupuesto global ha subido más que el costo del Plan.

La condición general para hacer efectiva la atención de los asegurados es disponer de los recursos físicos y humanos requeridos. El sistema público sigue teniendo la infraestructura de atención más importante del país y se ha fortalecido durante los últimos 20 años. Cuenta, por ejemplo, con el 75% de las camas hospitalarias y el país tiene un indicador satisfactorio de 2,3 camas por mil habitantes. La distribución geográfica de los establecimientos de salud y del personal médico es, empero, desigual (13). La autoridad sanitaria reconoce que el establecimiento del AUGE ha puesto al sistema público bajo presión. A fin de resolver este problema, el Ministerio está construyendo redes de atención para facilitar el acceso a los servicios en sus distintos niveles y regionalmente. Una objeción crítica al AUGE es que termina promoviendo al sector privado por la falta de instalaciones públicas.

La reforma actual plantea también reconstituir la salud pública o colectiva, debilitada por la anterior reforma. Este objetivo parece enfrentarse a múltiples dificultades organizacionales. La descentralización (14) significó una desarticulación del sistema público, responsable de la salud poblacional. Este obstáculo no parece haberse resuelto ya que solo se están estableciendo políticas generales y articulaciones pero sin un cambio organizacional (15). Esto implica que estén involucradas en la salud colectiva distintas instancias que obedecen a dos o tres líneas distintas de mando. Adicionalmente el criterio con el cual se dan los incentivos parece priorizar la

parte asistencial del AUGE por encima de la salud colectiva.

El gasto total en salud, que corresponde al 5,9% del PIB, está compuesto por: el aporte público con el 1,89%, las contribuciones a la seguridad social obligatoria con el 2,22% y el gasto privado con el 1,79% del PIB. Los principales rubros del gasto privado son las cotizaciones voluntarias y copagos con el 57% y medicamentos con el 40%. El presupuesto de salud proviene de: recursos fiscales nacionales y municipales; la contribución del 7% sobre el salario de los asegurados en el régimen obligatorio de FONASA y los copagos; la cotización del 7% obligatorio de los asegurados a las ISAPRE; la cotización voluntaria de 2,8% en promedio y los copagos (10 p.60).

La disparidad entre la población cubierta y el presupuesto disponible sigue siendo sustancial ya que las ISAPRE con el 16% de la población concentran el 34% del gasto (10 p.60). Es decir, el gasto per cápita es 2,2 veces mayor en las ISAPRE que en el FONASA. Sin embargo, las ISAPRE gastan el 15% de sus ingresos en "administración y ventas" y obtienen una ganancia neta de 6,2% sobre sus ingresos por lo que el 21% de sus ingresos no son aplicados a los beneficiarios (16).

El caso chileno permite sacar algunas conclusiones. A pesar de treinta años de aseguramiento obligatorio, uno de cada diez chilenos carece de él. La cobertura médica ha incrementado con el AUGE pero persiste un obstáculo al acceso por los pagos directos al momento de recibir la atención. La política gubernamental de impulso al sector público y la prioridad dada a la salud han sido cruciales para este avance. A pesar de ello, la permanencia de los ISAPRE y el modelo de libre elección de administrador de fondos/prestador de servicio impone una lógica mercantil al sistema de salud en su conjunto. La razón es que este arreglo institucional generó fuertes intereses económicos. Éstos difícilmente aceptarían un servicio público de salud único y son adversarios de una regulación estatal fuerte. El sistema mixto no parece contener costos porque los servicios comprados por los ISAPRE son más caros que los de FONASA. El sistema mixto significa además un incremento de los costos de administración y tiene ganancias que son recursos sin beneficio para la población.

COLOMBIA. ASEGURAMIENTO OBLIGATORIO DE LIBRE COMPETENCIA

El modelo colombiano de aseguramiento –Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)–, creado por la Ley 100 en 1993, es una combinación entre el seguro obligatorio y la libre competencia entre administradores de fondos y entre prestadores de servicios, públicos y privados. Se distingue del seguro chileno en dos aspectos. Por un lado existe un organismo público (re)distribuidor de los fondos de salud. Por el otro, el sistema público ha sido desarticulado en múltiples organismos de administración de fondos y prestación de servicios. El seguro ha funcionado durante quince años con modificaciones constantes y crisis recurrentes. Los actuales conflictos han brotado a raíz de las resoluciones de la Corte Constitucional emitidas en 2008 (Sentencia T-760) y el crónico déficit presupuestal del sistema.

El SGSSS consta, esquemáticamente, de cuatro instancias:

1. el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA);
2. las empresas promotoras de salud (EPS);
3. los prestadores de servicios Empresas Sociales del Estado (ESE)/ Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS);
4. la Superintendencia Nacional de Salud.

El FOSYGA es el organismo público dependiente del Ministerio de Protección Social que concentra las contribuciones y los redistribuye junto con el subsidio fiscal a los administradores de fondos. Los "administradores de fondos-compradores de servicios", las EPS, son públicos y privados. Las EPS compran servicios para sus asegurados a los prestadores de servicios que son las Empresas Sociales del Estado (ESE) del sector público y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) del sector privado. La regulación del sistema corre a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Se mantienen además los servicios municipales de salud, organismos descentralizados que ofrecen atención del primer nivel y se encargan de acciones de salud pública.

Esta estructura establece una estricta separación de funciones entre regulación/modulación, administración de fondos y prestación de

servicios (17). Es una forma de "competencia gerenciada" al promover la competencia en la administración de los fondos de salud y en la prestación de servicios. Crea múltiples actores privados, dejando al gobierno central únicamente la tarea de regulación. Es una aplicación nítida de la premisa neoclásica, nunca comprobada, de que el mercado es el mejor distribuidor de los recursos y la competencia un impulso favorable a la calidad y la contención de costos.

Al igual que en el caso chileno, el SGSSS no ha alcanzado la cobertura poblacional universal ya que el 12% carece de ella y el compromiso de la Ley 100 de cobertura universal para 2001 no se ha cumplido (18). La afiliación se estancó durante los últimos años del siglo pasado y en 2000 cubría apenas el 52,6% de la población (19). Se aceleró la afiliación entre 2002 y 2005 con el regreso del arquitecto de la ley, el economista Londoño, al Ministerio de Protección Social. Este crecimiento se debe principalmente al régimen del Seguro Subsidiado (SS) que hoy cubre al 48% de la población mientras que el Seguro Contributivo abarca al 40% (20).

La inclusión en el SS es un procedimiento complejo basado en un sistema de clasificación de la pobreza manejado por las alcaldías. Todas las familias tipificadas como "pobres" deberían ser incluidas. Esto no ocurre porque existe un "cupa" predeterminado en función del techo presupuestal para el subsidio y cuando este se rebasa, los "pobres" pasan a una lista de espera. Estas familias y las no tan pobres, pero sin recursos suficientes para pagar la contribución, constituyen el grupo de no-asegurados, así como algunos trabajadores por su cuenta (18). Esto resulta en una reestratificación de la inclusión-exclusión en salud.

La cobertura de atención es un paquete de servicios denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). El régimen contributivo (POS-C) tiene más intervenciones que el régimen subsidiado (POS-S). La definición del POS-C es genérica (21) y abarca casi todos los servicios, desde acciones preventivas hasta cirugía cardiovascular, e incluye un listado muy largo de medicamentos. El POS-S se define también genéricamente pero añadiendo las palabras "básicos" para los servicios y "esenciales" para los medicamentos. En la práctica el POS-S es la consulta médica y en algunas ocasiones la hospitalización (18).

La falta de precisión en los POS permite decisiones discrecionales de las EPS. La contraposición entre estas y el derecho constitucional a la salud es el origen de las decenas de miles de "tutelas" (protección de derechos) concedidas por el poder judicial. Estas controversias llevaron a la Corte Constitucional a emitir la sentencia T-760, en 2008, que establece que el POS-C y el POS-S deben ser iguales.

Colombia dedica el 7,3 y el 7,7% del PIB (22) a la salud, con un incremento del 1,5% del PIB a partir de la aprobación de la Ley 100. Este aumento proviene básicamente del gasto público, que pasó del 1,3% al 3,2% del PIB. El SGSSS es un sistema de financiamiento público ya que sus recursos provienen principalmente de las contribuciones obligatorias al Seguro Contributivo (SC) que tienen carácter de impuestos y de recursos fiscales directos. Los empleadores aportan el 8,45% y los trabajadores el 4,13% del salario mientras que los trabajadores independientes deben aportar el 12,5% de su ingreso.

La principal instancia de distribución del fondo de salud es el FOSYGA (18), que calcula y transfiere los fondos correspondientes a las EPS usando un sistema de pago capitado y ajustado por riesgos. Las transferencias para el seguro subsidiado se constituyen con el 1,5% (sobre el salario) de las contribuciones y una aportación fiscal del Estado para completar el faltante. El subsidio se calcula con base en la unidad capitada del SS y el nivel de pobreza del asegurado. Las entidades territoriales y los municipios también contribuyen recursos al SS. Ambos seguros tienen copagos y el SC tiene además una cuota moderadora fijada en función del ingreso del asegurado (18). Estos pagos pueden ser muy altos y las EPS tienen márgenes de decisión sobre su monto.

Como se aprecia, este sistema de cálculo y transferencias es sumamente complejo y ha generado un cúmulo de litigios entre el FOSYGA y las EPS, entre estas y los prestadores de servicios y entre ambos y los asegurados. Estos conflictos se agudizan por la rigidez de los techos financieros, que son fijados en función de los montos de las contribuciones y del presupuesto fiscal asignado; situación que ha redundado en el rechazo o el retraso de los pagos a las EPS y de estas a los prestadores. Parece haber consenso en que este sistema de financiamiento es

operativamente enredado y financieramente insostenible (18, 20, 6 p.264).

La forma de distribuir el financiamiento deriva de la separación entre la administración de fondos y la compra de servicios por un lado, y la prestación de servicios por otro. Las EPS compran los servicios a las IPS o ESE, generalmente mediante un contrato y con el derecho de los prestadores de cobrar cuotas moderadoras y copagos. En teoría, la competencia entre administradores y entre prestadores de servicios sería un mecanismo para optimizar el uso de los recursos, contener costos y mejorar la calidad. En la realidad se establece una pugna por el excedente entre compradores y prestadores de servicios. Esto ha impulsado mecanismos de contención de costos con impacto sobre la atención y prácticas de selección adversa (18). En esta pugna, el tercero perjudicado es la persona necesitada del servicio, sea por el retraso o la negación de la atención o los medicamentos requeridos.

Este modelo también ha repercutido sobre la disponibilidad y organización de los recursos para la salud. Los más afectados son los hospitales públicos y los trabajadores de la salud. Varias circunstancias han llevado al cierre o a la venta de cientos de hospitales y clínicas públicas o de la seguridad social. Las EPS retrasan el pago o no autorizan servicios ya realizados. Los hospitales públicos compiten en desigualdad de condiciones porque no pueden bajar costos con las mismas prácticas que los privados y están obligados a atender pacientes de alto riesgo. En la lógica de la competencia mercantil, no cuenta la responsabilidad social de satisfacer las necesidades de salud por lo que la permanencia de unidades de atención no se justifica.

La competencia también ha resultado en una creciente informalidad y precariedad del trabajo en salud que es una variable de "ajuste" para bajar costos. El cierre de unidades públicas ha llevado a despidos masivos y pérdida de prestaciones laborales. Las nuevas formas de contratación, basadas en el pago por productividad o incentivos ligados a esta, redundan en una suerte de trabajo a destajo donde la cantidad suele perjudicar la calidad de la atención. Otra forma de abaratar el trabajo médico son las Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA) (23), que eluden dar a sus socios las prestaciones laborales que les corresponden por ley o por contratación colectiva (a).

Estos problemas afectan la relación entre el aseguramiento y el acceso a los servicios. Existen pocos estudios al respecto a pesar de que el objetivo declarado del aseguramiento es facilitar el acceso. Los hallazgos de Zambrano *et al.* (24) dan cierta luz sobre el tema. Utilizando datos comparables encontraron que el acceso a la consulta médica bajó, entre 1997 y 2003, del 77,1% al 67,9%. Había una caída para los beneficiarios del SC y los no asegurados y un pequeño incremento para los asegurados del SS. La razón más frecuente de no acudir al médico fue la falta de dinero con un gradiente negativo en función del ingreso. En cuanto al acceso a los medicamentos hay una pauta semejante. Aunque globalmente aumentó, disminuyó en 9 puntos para los no asegurados, incrementó 6 puntos para la población del SS y se mantuvo igual para los beneficiarios del SC. Hay además una necesidad no satisfecha: en 2003 el 2,9% de los no asegurados recibieron algún medicamento, el 67,6% de los beneficiarios del SS y el 74,4% del SC.

El eje de la lógica del seguro colombiano no es la compra-venta de "servicios a la persona" y el financiamiento a la demanda. Esto minimiza la salud de la colectividad y fractura las acciones de salud pública. Aun manteniendo los centros de salud municipales, los servicios integrados de primer nivel se han desviado y limitado (19,25). El resurgimiento de enfermedades infecciosas controladas, la caída en la vacunación y de la atención prenatal con un incremento en la mortalidad materna dan testimonio de esto. Se ha intentado corregir esta situación con el Plan de Salud Pública y la inclusión en el POS de la prevención dirigida a la persona pero sin mucho éxito.

En diciembre de 2009 el presidente colombiano declaró una "emergencia social"; figura legal que le permite expedir decretos al margen del Congreso. La razón formal era proveer un presupuesto extraordinario para refinanciar el SGSSS y pagar una deuda de 500 mil millones de pesos a las EPS. Aprovechó la emergencia para proteger los intereses privados, para reducir las intervenciones garantizadas del POS e introducir el pago individual de las intervenciones no-POS. Estas acciones discrecionales fueron de hecho una declaración de quiebra del modelo de salud colombiano y el prolegómeno de una reestructuración con disminución de derechos (26).

MÉXICO. ASEGURAMIENTO SEGMENTADO

El aseguramiento en salud de México está segmentado en tres esquemas distintos (el seguro de salud de la seguridad social, el Seguro Popular y los seguros privados). Sin embargo, desde el inicio de la reforma de salud en 1995, el gobierno ha intentado transitar a un modelo de separación entre pagadores y proveedores con competencia de mercado (27): primero en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) donde fracasó; luego con el establecimiento del Seguro Popular para la población abierta en 2004; y finalmente con la reforma del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 2007 (28).

Para comprender el proceso de aseguramiento es necesario recordar que la seguridad social laboral se construyó con instituciones integradas de financiamiento y prestación de servicios desde su inicio en 1943. Esto significó que adquirieran una gran fortaleza institucional, con infraestructura, recursos humanos e investigación de salud propios, muy superiores a los del sector privado o de la Secretaría de Salud. Esta fortaleza ha protegido a los institutos públicos de seguridad social contra un rápido desmantelamiento.

Los tres esquemas de aseguramiento en salud son paralelos aunque hay una propuesta incipiente de portabilidad entre ellos. El seguro de salud de la seguridad social es obligatorio y se rige por un marco legal propio. Protege a los trabajadores formales y sus familias y cubre aproximadamente al 45% de la población. Los seguros privados tienen poca relevancia en términos de su cobertura poblacional ya que no supera el 5,8% (29).

El tercer esquema, iniciado en 2004, es el Seguro Popular (SP), que es un seguro de "protección social" para la población sin seguridad social laboral. Su población objetivo comprende entre el 50 y el 55% de la población y está cubierta por los servicios de la Secretaría de Salud (SSA) federal y de los Sistemas Estatales de Salud (SES). El SP se presenta como el seguro que permitirá alcanzar la "cobertura universal" en México. Al considerarse el vehículo del aseguramiento universal se tomará como eje del análisis. El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

se estableció como un sistema de aseguramiento, voluntario y excluyente de la seguridad social laboral. Su maduración, a futuro, dejará a la Secretaría de Salud federal como la instancia de planeación, coordinación y regulación del sistema de salud, quitándole la administración del financiamiento y la operación de los servicios. Las instancias básicas del SPSS son la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). El Seguro Popular es el nombre operativo del sistema. El Sistema de Protección Social en Salud no cuenta con servicios propios y actualmente los Sistemas Estatales de Salud descentralizados deben prestar los servicios cubiertos por el seguro.

La CNPSS y los REPSS son organismos desconcentrados de nueva creación para la administración de fondos y compra de servicios. La CNPSS dirige el sistema, toma las decisiones sustantivas y compra los servicios de gasto catastrófico mientras que los REPSS operan el Seguro Popular y su paquete de servicios básicos en su estado. El modelo conceptual del Seguro Popular es el de compra-venta competitiva de servicios entre CNPSS-REPS y los hospitales y centros de salud de los Sistemas Estatales de Salud y eventualmente los hospitales de seguridad social y privados.

La cobertura del SP se ha incrementando desde 2004 pero por debajo del 14,3% anual, meta de población objetivo prevista por la ley. Existe además una subestimación del universo afiliable, lo que arroja porcentajes de cobertura inconsistentes. Por ejemplo, según la CNPSS (30 p.34) en junio de 2009 se había afiliado el 76% de las familias afiliables, pero apenas el 49% de las personas en esas condiciones. Por la confusión de los universos parece poco probable que se alcance la cobertura poblacional universal en el plazo previsto: el año 2010.

La cobertura de atención del SP es un paquete explícito de intervenciones para la persona: el CAUSES (Catálogo Universal de Servicios de Salud). Se compone de 272 intervenciones y los medicamentos correspondientes. Originalmente se había establecido un paquete menor, el Catálogo de Servicios de Salud (CASES), con base en el análisis costo-beneficio y plenamente costeados. Posteriormente fue ampliado mediante la inclusión de algunas nuevas intervenciones pero sobre todo desdoblado las intervenciones originales sin

sustento actuarial sólido. La SSA sostiene que el CAUSES cubre el 100% de las intervenciones del primer nivel de atención y el 95% de las del segundo (28); dato que no es consistente con las estadísticas de atenciones y egresos de la propia Secretaría (31).

El SP ampara además cinco intervenciones de "gasto catastrófico" y 18 intervenciones complejas para niños. No están incluidas lesiones y padecimientos frecuentes, por ejemplo politraumatismos, infarto del miocardio y cánceres, con excepción del cérvico-uterino, del cáncer de mama y de los cánceres en niños. El gran inconveniente de definir intervenciones en vez de problemas de salud es que se rompe la continuidad del proceso de atención.

La baja cobertura de atenciones complejas y el hecho de que las intervenciones no catalogadas deban ser pagadas por el usuario significa que sigue habiendo un obstáculo económico importante al acceso. Esto contrasta con la cobertura médica de los seguros de seguridad social que incluye prácticamente toda la atención de la salud. Su método para definir la cobertura médica es inverso al del SP. Solo explicita las pocas intervenciones excluidas y el resto están incluidas y son exigibles.

El principal problema de los SES –los prestadores del CAUSES– es su falta de infraestructura y recursos humanos, particularmente en los estados pobres. Por ejemplo, el número de camas es en promedio bajo, de 0,8 por mil habitantes, pero 10 estados tienen 0,5 o menos (32). En cuanto a los médicos hay en promedio 1,5 cada 1.000 habitantes pero cinco estados tienen 1 o menos (32). Estas carencias impiden el acceso a la atención amparada, particularmente en los estados y zonas pobres. Apenas el 5% de los nuevos recursos proporcionados a los SES vía el SP se ha invertido en infraestructura (28). La idea de que los prestadores privados pudieran suplir las carencias es incorrecta ya que, al seguir criterios netamente mercantiles, tienen una distribución todavía más desigual.

La falta de acceso a los servicios se confirma en los datos de la propia CNPSS (30). De esta manera las consultas, las urgencias y la hospitalización por beneficiario del SP están alrededor del 50% más bajas que las de la población total sin seguridad social laboral y las

de la seguridad social (30 p.75-76, 31). Recientemente King et al. (33) publicaron los resultados de la evaluación externa del SP con un diseño cuasi experimental. Demuestra que los afiliados al SP no difieren de la población no afiliada en el uso de los servicios y en el impacto sobre su salud. Los resultados preliminares del mismo estudio reportado por Gakidou et al. (34) sugerían lo opuesto y han sido retomados como prueba del éxito del programa (35).

México gasta en total entre el 5,8 y 5,9% del PIB en salud, el gasto público en este rubro es del 2,6 al 2,8% del PIB. Estos datos se mantuvieron prácticamente estables entre 2000 y 2008 (36) y el presupuesto público ha crecido al ritmo de la economía. El cambio consiste en la transferencia de una parte de los recursos públicos para la población asegurada laboralmente a los beneficiarios del SP. O sea, el SP les ha ganado la puja distributiva a los institutos de seguridad social. Se insiste en que esta redistribución ha conducido a una mayor equidad sin aclarar que es a costa de la desfinanciada seguridad social cuyo presupuesto bajó un 0,3% del PIB mientras que el del SP subió un 0,23% entre 2004 y 2008. Este cambio constituye una presión sobre los institutos de seguridad social para que se sumen al modelo del SP. Debe además considerarse que el presupuesto del SP ha registrado un importante subejercicio año tras año.

La fuente principal de financiamiento del SP son recursos federales fiscales. Adicionalmente los estados deben aportar una cuota fija por familia asegurada; régimen que es inequitativo y puede frenar la extensión del SP en los estados más pobres. El tercer contribuyente es la familia asegurada que debe aportar alrededor del 4,5% de su ingreso, excepción hecha al 20% más pobre que está exento. Esta aportación es varias veces más alta que la contribución obrera a la seguridad social. Sin embargo en la práctica no se cobra y corresponde a menos del 1% del financiamiento del SP (30 p.13).

Este conjunto de datos contradictorios hacen suponer que los estados inscriben nuevas familias en el padrón del SP sin seguir los lineamientos y sin estar en condiciones de prestar los servicios. Existe un incentivo poderoso que promueve esta conducta ya que el SP es la principal fuente de nuevos recursos financieros para los SES.

Sin embargo estos recursos solo pueden ser usados para la atención de los beneficiarios del SP. Esto ha resultado en la discriminación dentro de las unidades médicas de los SES donde los beneficiarios del SP reciben un trato privilegiado frente al resto de la población que allí se atiende. Así se ha constituido un nuevo segmento de atención que ha fragmentado aún más el altamente segmentado y fragmentado sistema de salud.

Las implicaciones del SP para la salud pública y colectiva son negativas. Al incentivar la afiliación de las familias al SP se fortalece la atención a la persona en los centros de salud de los SES. Estos centros y su personal deberían ser los operadores de la seguridad sanitaria y epidemiológica de la colectividad pero se han debilitado con el modelo SP.

Queda el interrogante de por qué se ha optado por un seguro casi totalmente financiado con recursos fiscales cuando se podrían haber incrementado y transferido los recursos nuevos directamente a los SES en beneficio de toda la población. La razón única es que existe la firme decisión de separar el financiamiento y la prestación de servicios para crear la competencia de mercado. Esto revela la intención de abrir el sector salud a los privados a pesar de los intentos realizados en la reforma del IMSS de 1995 que fracasaron pese a ser una de las condicionalidades explícitas del préstamo de ajuste del Banco Mundial expresadas en el documento confidencial *Mexico: Health system reform* de 1998 (b).

ALGUNAS CONCLUSIONES PRELIMINARES

El análisis de las tres experiencias nacionales lleva a algunas conclusiones sobre el aseguramiento en salud. La primera es que en ningún caso ha cumplido su finalidad explícita de lograr la cobertura poblacional universal ni siquiera cuando es obligatoria. Por lo menos un 10% de la población se ha quedado al margen. La cobertura de atención médica del nuevo aseguramiento, surgido de la obligatoriedad del seguro de salud subsidiado o contributivo, se concreta en paquetes de intervenciones generalmente definidos con criterios de costo-beneficio a diferencia de los seguros

de la seguridad social laboral de cobertura amplia con muy pocas exclusiones. La determinación del contenido de los paquetes restringidos se hace en la lógica de la sustentabilidad financiera y no en la de la satisfacción de necesidades. Es de recordar que a la definición de "sustentabilidad" le antecede una definición de prioridades de gobierno y el establecimiento de un techo presupuestal en función de estas. En este sentido es una simple definición económica y no una concepción para realizar los derechos fundados en valores sociales y éticos.

El seguro de salud es solo una de las formas que adquiere el fondo de salud de un país. Otra sería el presupuesto público de salud que la sociedad establece para garantizar el derecho a la salud. En términos técnicos los dos se calculan de la misma manera suponiendo una cobertura de atención igual. ¿Cuáles son entonces las razones para optar por el seguro, particularmente cuando existe un aporte fiscal importante?

El estudio de casos permite vislumbrar varios motivos en parte interrelacionados. De esta manera la forma "seguro" da pie para trasladar parte del costo directamente al beneficiario y regular el subsidio con una visión focalizada o subsidiaria. Esto se facilita porque el seguro se percibe como una protección individualizada y no colectiva. Se ajusta así a la idea de la separación entre la "atención a la persona" definida como "bien privado" consumido por los individuos, y los "bienes públicos" de protección de la colectividad, que ha desarticulado la base institucional de la salud pública.

Por otra parte el seguro permite introducir restricciones y condicionamientos al derecho a la salud, sea bajo la forma de acceso a un paquete acotado o con distintas formas de pago directo. De esta manera se pretende implantar la cobertura "universal" poblacional del aseguramiento con limitaciones explícitas al derecho a la

salud como derecho social y humano exigible. Aunque la intención fuera generar un consenso social sobre esta forma, tiende a producir un descontento o rechazo abierto por las restricciones en los servicios.

Otro conjunto de motivos para optar por el aseguramiento es que se relaciona con la doctrina económica neoclásica y la mercantilización de la salud. El elemento clave del aseguramiento es que permite constituir un fondo de salud que puede manejarse con autonomía administrativa. Esto tiene dos consecuencias. Una es que este fondo puede ser administrado competitivamente y/o para fines de lucro a pesar de su origen público. La otra es que el seguro permite instituir un mecanismo para incluir a los prestadores privados en el sistema de salud para lo cual se requiere costear los servicios amparados. Es esta una razón fundamental del establecimiento de los paquetes de servicios. En dos de los casos revisados, Chile y Colombia, estos dos espacios de actividad privada han creado nuevos y poderosos actores cuyos intereses son debilitar la institución pública e impedir su fortalecimiento. El aseguramiento conduce entonces a una lógica económica y mercantilizada del sistema de salud contraria a la lógica de satisfacción de necesidades y realización de derechos.

A pesar del crecimiento en el gasto de salud, el arreglo institucional con separación de funciones y libre competencia no ha hecho más eficiente los sistemas de salud ni ha contenido los costos (6 p. 256). Este hecho tiende a prefigurar nuevas restricciones de los servicios amparados por el seguro como se aprecia en la crisis del sistema colombiano y en la legislación mexicana de seguridad social. Esto a su vez daría origen a seguros complementarios para cubrir aquello que no está amparado por el seguro básico y ampliaría el campo de actuación de los aseguradores privados.

NOTAS FINALES

a. En México se entiende por "prestaciones laborales" todo aquello que los trabajadores consiguen en la contratación colectiva, la protección de la seguridad social en sus cinco ramas y vacaciones.

b. Documento confidencial por solicitud explícita del gobierno de México, al que los autores de este trabajo han tenido acceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Interamericano de Desarrollo. Modernización del Estado. Documento de estrategia. Washington DC: BID; 2003.
2. Banco Mundial. Informe del Banco Mundial - 1997. El Estado en un mundo en transformación. Washington DC: BM; 1997.
3. Banco Mundial. Más allá del Consenso de Washington; la hora de la reforma institucional. Washington DC: BM; 1998.
4. Banco Interamericano de Desarrollo. Políticas sociales y laborales para tiempos tumultuosos. Washington DC: BID; 2009.
5. Banco Mundial. Invertir en salud. Washington DC: BM; 1993.
6. Gottret P, Schieber G. Health financing revisited. Washington DC: World Bank; 2006.
7. Tetelboin C. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 2003.
8. Piñera J. El cascabel al gato. Santiago de Chile: Zig-Zag; 1991.
9. Unger JP, De Paepe P, Solimano Cantuarias G, Arteaga Herrera O. Chile's neoliberal health reform: An assessment and a critique. *PLoS Medicine* [Internet]. 2008 [citado 20 Feb 2010];5(4). Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050079>
10. Fondo Nacional de Salud. Protección social en salud en Chile. Santiago de Chile: Fondo Nacional de Salud; 2007.
11. Ley de ISAPRE N° 18.933 [Internet]. Chile: Superintendencia de Salud; 2007 [citado 20 Feb 2010]. Disponible en: <http://www.supersalud.cl/normativa/571/article-555.html>
12. Ministerio de Salud. Avance 2007. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2008.
13. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas de Salud. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadística; 2008. p. 230-235.
14. Vergara Iturriaga M, Martínez Gutiérrez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública de México*. 2005;48(6):512-521.
15. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública [Internet]. Chile: Ministerio de Salud [citado 7 Mar 2010]. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_salud_publica/presentacion_subs_salud_publica.html
16. Instituciones de Salud Previsional. Estadísticas Financieras [Internet]. Chile: ISAPRE [citado 21 Jun 2009]. Disponible en: <http://estadisticas.ISAPRE.cl>
17. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997;41(1):1-36.
18. Torres M. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Saúde em Debate*. 2008;32(78/79/80):207-219.
19. Arbelaez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *The International journal of health planning and management*. 2004;19(Suppl 1):S25-S43.
20. Clavijo S. Social security reforms in Colombia: striking demographic and fiscal balances. Washington DC: International Monetary Fund; 2008. (IMF Working Papers WP/09/58)
21. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Plan Obligatorio de Salud [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social [citado 1 Jul 2009]. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Paginas/default.aspx>
22. World Health Organization. World health statistics 2009 [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2009. Table 7, Health expenditure; [citado 1 Jul 2009]; [p. 107-117]. Disponible en: http://www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WH_S09_Table7.pdf
23. Aricada R. Las CTA en el sector salud: la cadena del dolor. *Revista Cultura y Trabajo* [Internet]. 2008 [citado 1 Jul 2009]; (74). Disponible en: [http://www.ens.org.co/articulos.htm?x=20153742&cmd\[111\]=c-1-74](http://www.ens.org.co/articulos.htm?x=20153742&cmd[111]=c-1-74)
24. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. ¿Qué muestran las encuestas sobre calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(1):122-130.
25. Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of*

- Integrated Care [Internet]. 2006 [citado 10 Jul 2009];6(Jul-Sep). Disponible en: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/156/310>
26. Malagón R, Granados A. La salud y la confianza inversionista I [Internet] Bogotá: Apuesta por la Ciudad, Carlos Vicente de Roux; 2010 [citado 1 Feb 2010]. Disponible en: www.carlosvicentede-roux.org/index.shtml?x=4653&s=a&m=c
27. Laurell AC. La reforma contra la salud y seguridad social. México DF: ERA; 1997.
28. Laurell AC. Health system reform in Mexico. A critical review. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*. 2007;37(3):515-535.
29. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Accidentes y enfermedades 2008. México DF: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros; 2009.
30. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de actividades 1er semestre 2009. México DF: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; 2009.
31. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud. Servicios Otorgados [Internet] México DF: Secretaría de Salud; 2008 [citado 15 Feb 2010]. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/eh_sectorial_morbi.html
32. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud. Indicadores. Recursos materiales y humanos [Internet] México DF: Secretaría de Salud; 2009 [citado 15 Feb 2010]. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/rfmyh_ssa_i_001.xls
33. King G, Gakidou E, Imai K, Lakin J, Moore RT, Nall C, Ravishankar N, Vargas M, Téllez-Rojo MM, Avila JE, Avila MH, Llamas HH. Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme. *The Lancet*. 2009;373(9673):1447-1454.
34. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hernández-Llamas H, Murray CJ. Health System Reform in Mexico 5: Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: An interim report card. *The Lancet*. 2006;368(9550):1920-1935.
35. World Bank. Reaching the poor with health services: México [Internet]. World Bank; 2008 [citado 20 May 2009]. Disponible en: <http://site-resources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Reaching-the-Poor/RPPBriefsMexicoREV2.pdf>
36. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos financieros [Internet] México DF: Secretaría de Salud; 2008 [citado 20 May 2009]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/index.html>

FORMA DE CITAR

Laurell AC, Herrera Ronquillo J. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*. 2010;6(2):137-148.

Recibido el 8 de marzo de 2010

Aprobado el 16 de abril de 2010